



Virginia Department of  
Behavioral Health and  
Developmental Services

## برنامج دعم الأسرة والفرد 2015FY

### الجزء الأول: معلومات مقدم الطلب (الفرد في قائمة الانتظار)

رقم الضمان الاجتماعي:	الاسم
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد / شهر/يوم/سنة
<input type="radio"/> تنازل الإعاقة الذهنية	في أي قائمة انتظار؟ <input type="radio"/> تنازل الإعاقة النمائية
المدينة	الشارع
الرمز البريدي	المقاطعة
(الهاتف الخلوي)	رقم (أرقام) الهاتف (المنزل)

### الجزء الثاني: الطرف المسؤول (الشخص أو الفرد الذي يملأ طلب التقديم والمسؤول عن أموال برنامج IFSP)

رقم الضمان الاجتماعي:	الاسم
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد / شهر/يوم/سنة
المدينة	الشارع
الرمز البريدي	المقاطعة
(الهاتف الخلوي)	رقم (أرقام) الهاتف (المنزل)

### الجزء الثالث: معلومات قائمة الانتظار (اختر واحدة)

أنا فرد أعاني من إعاقات نمائية/ذهنية وأنا موجود على قائمة الانتظار للحصول على الخدمات.

أنا أحد أفراد الأسرة ولدي طفل يعاني من إعاقات نمائية/ذهنية وأنا موجود على قائمة الانتظار للحصول على الخدمات.

إذا كنت أحد أفراد الأسرة، فهل يعيش الفرد معك على أساس دائم؟

نعم     لا    إذا كانت الإجابة بلا، فيرجى إعطاء تفاصيل:

إذا قمت بسرد نفسك أعلاه كأحد أفراد الأسرة الذي تربطه علاقة بالفرد المتقدم بالطلب للحصول على الخدمات:  
أم    زوجة الأب    زوجة    جدة    أخت    أب    زوج أم    زوج    جد    أخ    مقدم الرعاية الرئيسي    أخرى

### الجزء الرابع: المساعدة والموارد

هل ستحتاج إلى مترجم فوري لمساعدتك في إجراء طلب التقديم؟     لا     نعم  
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي اللغة:

برограм دعم الأسرة والفرد، إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنموية، VA ,Richmond ,1797PO Box 23219

إذا كنت تحتاج إلى إجراء الطلب بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 804-225-3810 للحصول على المساعدة.

2014/30/6

# DBHDS

Virginia Department of  
Behavioral Health and  
Developmental Services

كيف سمعت عن برنامج دعم الأسرة والفرد؟

- منسق الدعم/مدير الحالة    ميسر الخدمات الموجهة للمستهلك
- مركز العيش المستقل    خدمة list serve
- الوالد/مجموعة دعم ( )    الموقع الإلكتروني ( )

يرجى إخبارنا بشكل أكثر تفصيلاً عن بعض أشكال التمويل أو المساعدة التي قد تتلقاها، كشخص في قائمة الانتظار:  
أشكال الدعم المرتبطة بالرعاية الصحية -

- التأمين الخاص    التأمين العسكري من TRICARE
- تسوية التأمين    برنامج Medicaid

أشكال الدعم المرتبطة بالدعم الفيدرالي والتابع للولاية -

- مركز العيش المستقل    تمويل الخدمات الشاملة (فرق التخطيط وتقدير الأسرة FAPT)
- خدمات التدخل المبكر (الجزء ج)    خدمات التعليم الخاص (الجزء ب)

التنازلات الأخرى -

- تنازل توجيه المستهلك لكتاب السن أو المعاقين    تنازل الدعم التقني
- أخرى

لا يوجد

## الجزء الخامس: الاحتياجات

يرجى تحديد الفئات المخططة أو التي يتوقع أن تحتاج للدعم الذي كنت أو سوف تستخدمه خلال الـ **12** شهرًا القادمة.  
• عند الموافقة، سيعين عليك تقديم المستندات الازمة للحصول على الدعم والخدمات بعد استخدام الأموال وتسيدها.

• إذا تغيرت احتياجاتك، لكنها تظل ملية لاحتياجات برنامج IFS، فلا يتعين عليك طلب الموافقة قبل إنفاق الأموال المخصصة لك.

• لضمان الائتمان المناسب بمجرد استخدام الأموال، يتعين عليك تقديم إيصالات وأي مستندات أخرى إلى برنامج IFS تدعم الطريقة التي أنفقت بها الأموال. تأكد من أن اسم الفرد الموجود في قائمة الانتظار مكتوب في أعلى كل صفحة مرسلة.

يمكنك إرسال أي إيصالات أو مستندات إلى برنامج IFS بالبريد أو الفاكس. رقم الفاكس **0076-786-804**. انظر أسفل الصفحة للحصول على العنوان.  
 لا ترسل هذا الطلب بالفاكس. فلن يتم قبوله!

إن الفشل في اتباع التعليمات أعلاه سيؤدي إلى التأثير على قدرتك على الوصول إلى التمويل المستقبلي من برنامج IFS.

- أنا/نحن نريد...  
 ظروف معيشة آمنة  
(أمثلة) -

التدريب والتعليم الأسري

الرعاية قصيرة الأمد

برنامـج دعم الأسرة والفرد، إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنموية، VA ,Richmond ,1797PO Box 23219

إذا كنت تحتاج إلى إجراء الطلب بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 804-225-3810 للحصول على المساعدة.

2014/30/6

# DBHDS

Virginia Department of  
Behavioral Health and  
Developmental Services

عناصر أمن المنزل

منصة كرسي متحرك

مساعدة التأجير والمرافق (شهر واحد فقط)

سياج السلامة

الفراش/الأثاث

تعديلات الحمام/توسيع الباب

جهاز إنقاذ (Project Lifesaver)

الدرازين

أخرى

مولد احتياطي



نتائج صحية محسنة (مثلة)

تحليل السلوك التطبيقي/العلاج السلوكي

العناية المصاحبة

الرعاية/زيارات الطبيب

العناية بالأسنان

اختبار/مساعدات السمع

اختبار البصر/النظارات

المعدات المعدلة (درجة، كرسي، عربة)

الدواء (الأدوية)

علاج التخاطب/العلاج البدني/العلاج المهني

الدعم الغذائي

أجهزة الاتصال

مقتنيات العناية الشخصية/الحافظات

أخرى

العلاج عن طريق ركوب الخيل/ركوب الخيل العلاجي

اندماج المجتمع  
(مثلة)

رعاية الأطفال/رعاية بعد المدرسة

الدعم اليومي

توجيهه أو دعم الأقران/الرفقاء

الصيف

التدريب/التعليم الداعم للذات

الترفيه العلاجي

التوظيف المدعوم

أخرى

خدمات النقل

-  دعم الطوارئ لمنع

الإقامة في المستشفى للعلاج

خطر التشرد

برنامـج دعم الأسرة والفرد، إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنموية، VA ,Richmond ,1797PO Box 23219

إذا كنت تحتاج إلى إجراء الطلب بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 3810-225-804 للحصول على المساعدة.

2014/30/6



Virginia Department of  
Behavioral Health and  
Developmental Services

### خطر إدخال المصححة

\*كيف سيساعدني هذا على الإقامة في بيتي أو في منزل أسرتي (القسم المطلوب):

---

---

---

مبلغ التمويل المطلوب:

- تكرار الدفع: (اختر واحدة)
- المبلغ دفعة واحدة - الدفع مرة واحدة
- الدفع الشهري - مرة كل شهر. كم عدد الأشهر؟ (ليس أكثر من 12 شهراً) \_\_\_\_\_
- (الدفع على دفعات وحدة قد يؤثر على أهليةك لبرنامج Medicaid).

خيار الدفع: إذا كنت تتلقى مساعدات برنامج MEDICAID وتحتاج إلى أن تذهب مدفوعاتك مباشرة لأحد البائعين لضمان أن التمويل من برنامج IFSP لن يؤثر على مخصصات الدخل الشهري، فيرجى ملء المعلومات أدناه:

البائع/الفرد الذي يقدم معلومات الخدمة:

الاسم \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_      الولاية \_\_\_\_\_  
أو \_\_\_\_\_

رقم هوية صاحب العمل (# EIN) \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي للشخص المستأجر لتقديم الخدمة (مطلوب) \_\_\_\_\_

### الجزء السادس: اتفاقية البرنامج (التوقيع مطلوب)

اقرأ الاتفاقية بعناية:

هذه الاتفاقية بين مقدم الطلب وإدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنمية. يكون مقدم الطلب مؤهلاً فقط إذا كان الفرد المصايب بإعاقة ذهنية ونمائية يقيم في منزله أو منزل الأسرة، وهو على قائمة الانتظار على مستوى الولاية من أجل الحصول على تنازل Medicaid للإعاقة الذهنية أو تنازل Medicaid لخدمات الإعاقات الفردية والأسرية للفرد والأسرة.

يوافق مقدم الطلب كما يلي:

برنامـج دعم الأسرة والفرد، إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنمية، VA ,Richmond ,1797PO Box 23219

إذا كنت تحتاج إلى إجراء الطلب بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 804-3810-225 للحصول على المساعدة.

- يقر مقدم الطلب بأن أموال برنامج IFSP يتم توفيرها فقط حتى المستوى التي تكون فيه هذه الخدمات غير متوفرة أو لا يمكن تمويلها من خلال مصادر التمويل العام الأخرى (بما في ذلك قانون تعليم الأفراد أصحاب الإعاقات (IDEA) الجزء ج - التدخل المبكر، قانون تعليم الأفراد أصحاب الإعاقات الجزء ب - خدمات المدارس العامة وبرنامج Medicaid وبرنامج Medicare وبرنامج الفحص الدوري المبكر والتشخيص والعلاج (EPSDT)).
- يقر مقدم الطلب بأن جميع الأموال الواردة من خلال IFSP سوف تستخدم فقط للغرض (للأغراض) الموثق في طلب برنامج IFSP الخاص بمقدم الطلب.
- يقر مقدم الطلب بضرورة تقديم إيصالات أو وثائق أخرى للتحقق من أن أموال IFSP استُخدمت في شراء الخدمات أو العناصر المعتمدة فقط في غضون 30 يوماً من استلام الأموال ويجب أن تشتمل الإيصالات على اسم مزود السلع/الخدمات واسم الفرد. وبُحظر حظراً باتاً إجراء أي تحريفات لاستخدام أموال IFSP أو محاولات لاختلاس تلك الأموال وبخضوع ذلك للإجراءات القانونية. يقر مقدم الطلب أن الفشل في توفير المستندات الدالة على أن أموال IFSP تستخدم لشراء الخدمات أو العناصر المعتمدة فقط قد يؤدي إلى استرداد هذه الأموال ورفض طلبات التمويل اللاحقة.
- يقر مقدم الطلب بأن أي تحريف لاحتياجات الفرد/الأسرة، واحتلاس الأموال سيؤدي إلى الوقف الفوري للتمويل، وسيكون مقدم الطلب مسؤولاً عن تسديد أي مبالغ مستلمة بناءً على هذا التحريف (التحريفات) أو الاختلاس (الاختلاسات). وقد لا يستطيع الفرد أيضاً الوصول إلى أموال برنامج IFSP في المستقبل.
- يوافق مقدم الطلب على السماح لممثلي إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنمية (DBHDS) بإجراء مراجعات للاستخدام، بما في ذلك الزيارات المنزلية، ويجب أن يتعاون بشكل كامل مع هذه المراجعات ويقدم كل المعلومات المطلوبة من قبل DBHDS.
- يقر مقدم الطلب أن تمويل IFSP لا يعد استحقاقاً ولا منحة، وإنما يقدم لمساعدة الفرد على العيش في المنزل مع أسرته أو بشكل مستقل في المجتمع في انتظار خدمات التنازل.

[ لقد قرأت وفهمت ووافقت على شروط وأحكام برنامج دعم الفرد والأسرة وأن جميع المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة إلى حد لمي.]

التاريخ التوقيع (الشخص المسؤول مالياً)

برنامجه دعم الأسرة والفرد، إدارة الخدمات الصحية السلوكية والتنمية، VA ,Richmond ,1797PO Box

23219

إذا كنت تحتاج إلى إجراء الطلب بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 3810-225-804 للحصول على المساعدة.

2014/30/6